



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GIUVANNA DE SOUSA SILVA

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSO EM SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CEILÂNDIA/DF**

CEILÂNDIA / DF

2013

GIUVANNA DE SOUSA SILVA

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSO EM SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CEILÂNDIA/DF**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mariana Sodario Cruz

CEILÂNDIA / DF
2013

GIUVANNA DE SOUSA SILVA

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSO EM SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CEILÂNDIA/DF**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em 15 de Julho de 2013.

Comissão Examinadora:

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mariana Sodario Cruz
Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Clelia Maria de Sousa Ferreira Parreira
Universidade de Brasília

Prof^ª. Dr^ª. Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Universidade de Brasília

“Dedico esse trabalho as pessoas mais importantes da minha vida:

Meus pais: Antônio José e Maria Inácia

Meus Irmãos Antônio, Augusto, Gilson, Josélia e Rogéria

Meu Sobrinho Fábio Ramon

Obrigada por estarem presentes em todos os momentos da minha vida, me ensinando o caminho certo a seguir, me apoiando e ajudando a concretizar os meus sonhos. Agradeço pelas inúmeras vezes que me levantaram nos momentos de dificuldade e me ajudaram a caminhar, sempre me fazendo acreditar que sou capaz de ir além. Obrigada por cada palavra de apoio, incentivo, amor e carinho.”

Amo vocês,

Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

Em princípio agradeço a Deus e a Nossa Senhora por serem autores de minha história e me permitirem chegar até aqui.

Agradeço imensamente a minha orientadora Prof^a Dr^a Mariana Sodario Cruz, pela extrema dedicação, pela disponibilidade de estar sempre esclarecendo as minhas dúvidas e pelo auxílio em todos os processos desse trabalho.

A Instituição Universidade de Brasília e ao corpo docente do Curso de graduação em Saúde Coletiva e a todos os colegas que me acompanharam durante esse processo da graduação, obrigado pelos ensinamentos e diálogos. Em especial a Mariana Costa por me oferecer sua mão amiga na construção desse trabalho.

Ao meu namorado Anderson, por ter sido compreensivo nas minhas ausências e por me confortar nos momentos de angústia. Obrigada por estar sempre presente.

As amigas, Edilaine, Francisca Luciana, Ione, Michelli e Raimunda, obrigada pelo companheirismo, apoio e compreensão durante toda a jornada.

A Prof^a. Dr^a. Clelia Maria de Sousa Ferreira Parreira e Prof^a. Dr^a. Olga Maria Ramalho de Albuquerque obrigado por fazerem parte da minha formação acadêmica e por aceitarem fazer parte da comissão examinadora da presente pesquisa.

A todos os gerentes que fizeram parte dessa pesquisa, obrigada pela atenção e pelo apoio.

A todos que direto ou indiretamente fizeram parte desse trabalho,

Muito obrigada!

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não
é senão uma gota de água no mar.*

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

O envelhecimento da população brasileira traz grandes desafios para os serviços de saúde, devido à maior utilização dos mesmos por essa população, principalmente se as ações inerentes à Atenção Primária à Saúde (APS) não forem priorizadas. O objetivo geral dessa pesquisa foi analisar e compreender as práticas de cuidado ao idoso realizadas no âmbito da APS no distrito de Ceilândia/DF, na perspectiva dos gerentes locais. A pesquisa foi de natureza descritiva, de abordagem quantitativa e qualitativa e de caráter transversal. Os sujeitos do estudo foram os gerentes dos Centros de Saúde de Ceilândia/DF, no total de 11 entrevistados. A coleta de dados foi feita por meio da aplicação de um questionário semi-estruturado composto de 21 questões. Os resultados apontaram que, na visão dos gerentes, os serviços estão se articulando e oferecendo práticas de saúde voltadas para a população idosa, sendo citadas as ações de atividade física, de automassagem, participação em grupos e as de cunho clínico, tais como consultas e curativos. Por outro lado, foram relatadas dificuldades para operacionalização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em grande parte de suas dimensões. Conclui-se que há necessidade de que estratégias no tocante à saúde do idoso sejam mais priorizadas na APS de Ceilândia, com vistas ao princípio da integralidade em saúde, promoção da autonomia e capacidade funcional dessa população, de acordo com o preconizado pelas políticas vigentes.

Palavras Chaves: Saúde do idoso, Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The aging of the population is a challenge for health services due to greater use of them this population, especially if the actions inherent in the Primary Health Care (PHC) are not prioritized. The general objective of this research was to analyze and understand the practices of elderly care carried out within the APS District Ceilândia/DF, from the perspective of local managers. This is a kind of descriptive research, quantitative and qualitative approach and transversal feature. The subjects of this research were the managers of 11 Basic Health Units from Ceilândia / DF. The data collection was performed by applying a semi-structured questionnaire composed of 21 questions. The results showed that, in the view of managers, services are articulating and providing health practices aimed at the elderly, and cited the actions of physical activity, self-massage of, participation in groups and the nature of clinical, such as queries and dressings. On the other hand, difficulties were reported to operationalize the National Policy on Health of the Elderly, largely of its dimensions. It is concluded that there is need for strategies regarding the health of the elderly are more prioritized in APS Ceilândia, overlooking the principle of comprehensive health, promotion of autonomy and functional capacity in this population, according to the recommendations by existing policies.

Key Words: Health of the Elderly, Primary Health Care, Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Centros de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia – DF.....	26
Figura 1 - Categorias e subcategorias extraídas das entrevistas dos gerentes, a partir do núcleo temático gerenciamento de recursos, Ceilândia-DF, 2013.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das práticas em saúde para o idoso realizadas em Centros de Saúde, na perspectiva do gerente, Ceilândia-DF, 2013.....	30
Tabela 2 – Distribuição dos programas de saúde com enfoque na população idosa realizadas em Centros de Saúde, na perspectiva do gerente, Ceilândia-DF, 2013.....	31
Tabela 3 – Distribuição dos projetos de saúde para o idoso realizadas em Centros de Saúde, na perspectiva do gerente, Ceilândia-DF, 2013.....	33
Tabela 4 – Distribuição dos profissionais de saúde com atuação direta com a população idosa em Centros de Saúde, na perspectiva do gerente, Ceilândia-DF, 2013.....	34
Tabela 5 – Fatores influenciadores na qualidade da atenção à saúde oferecidas ao idoso, na visão dos gerentes, Ceilândia-DF, 2013.....	35
Tabela 6 – Fatores atribuídos à não-resposta às necessidades de saúde dos idosos pelos Centros de Saúde, na percepção dos gerentes, Ceilândia.....	36
Tabela 7 – Pontos positivos e negativos dos serviços realizados pelos Centros de Saúde para a população idosa, na visão dos gerentes, Ceilândia-DF, 2013.....	37

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde

AVD – atividades de vida diária

DF – Distrito Federal

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

MTC/MCA – medicina tradicional Chinesa e complementar/alternativa

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de agentes comunitários de saúde

PIS – Práticas Integrativas em Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
no Sistema Único de Saúde

PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1. OBJETIVO GERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ATENÇÃO AO IDOSO	14
3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	20
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	21
3.4 PRÁTICAS EM SAÚDE	23
4. METODOLOGIA	25
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	25
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	25
4.3 LOCAL DO ESTUDO	26
4.4 SUJEITOS DA PESQUISA	26
4.5 PROCEDIMENTOS	27
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	28
5. RESULTADOS.....	29
5.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS	29
5.2 LEVANTAMENTO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSOS, POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	29
5.2.1 PRÁTICAS , POLÍTICAS E PROGRAMAS	29
5.2.2 SERVIÇOS - ACESSO, REFERÊNCIA, CONTRARREFERÊNCIA, INTERSETORIALIDADE, INTEGRALIDADE E CONTROLE SOCIAL	34
5.3 A PERSPECTIVA GERENCIAL EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE DO IDOSO	38
6. DISCUSSÃO	41
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
9. ANEXOS	51
ANEXO 1	51
ANEXO 2.....	53
ANEXO 3.....	55

1. INTRODUÇÃO

Preconizado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira e decretado pela Lei 8080 de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Abrangendo os diversos níveis de densidade tecnológica, sua finalidade é garantir a integralidade, universalidade e gratuidade na assistência à saúde da população (BRASIL, 2009).

O SUS foi criado com o intuito de oferecer atendimento equânime a todos, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. No entanto, sabe-se que o Brasil ainda sofre com diversos problemas de saúde, principalmente no que concerne à saúde da pessoa idosa.

O processo de envelhecimento da população brasileira traz um grande desafio para os serviços de saúde, devido à maior utilização dos mesmos por essa população, principalmente para acompanhamento de condições crônicas e internações. Este achado pode ser agravado se o sistema público brasileiro não investir em ações de promoção da saúde, com enfoque na preservação da autonomia e independência, direcionadas para a Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo estimativas, em 2050 existirão mais pessoas idosas do que crianças no Brasil, processo esse que acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às demandas emergentes (BRASIL, 2006).

O Caderno de Atenção Básica (2006), que trata do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa, afirma que é função das políticas de saúde contribuir para o aumento da expectativa de vida, com preservação da autonomia e independência, a fim de que mais pessoas alcancem as idades avançadas com melhor estado de saúde possível e com melhor qualidade de vida.

O processo de envelhecimento traz inúmeras mudanças ao modo de vida. Os idosos tendem a apresentar mais problemas de saúde, que afetam a funcionalidade do organismo aumentando a demanda dos serviços e o aumento no consumo de medicamentos. Essas mudanças não são apenas fisiológicas, pois a incapacidade de realizar atividades antes corriqueiras, como as atividades de vida diária (AVD), a solidão, a desintegração social e a dependência financeira causam desconforto psíquico e emocional, podendo desencadear outras condições adversas (RODRIGUES et. al., 2009).

Com esse enfoque, no ano de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006). A referida política tem como objetivo recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

O cuidado com a pessoa idosa é influenciado pela forma que o serviço é estruturado, bem como pelo acolhimento e atendimento que é oferecido. Partindo desse contexto, torna-se relevante o desenvolvimento de um estudo para investigar como estão as práticas de cuidado ao idoso na APS, bem como dar respostas às seguintes indagações: Quais as práticas de cuidado aos idosos existentes na atenção básica são implementadas nas unidades de Saúde? Quais dessas práticas são mais utilizadas para a população idosa das comunidades assistidas? Como essas práticas são compreendidas pelos gerentes das unidades de saúde? Como os serviços organizam essas práticas para prestar assistência à população idosa? Essas atividades estão de acordo com os preceitos do SUS e com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar as práticas de cuidado ao idoso realizadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde no distrito de Ceilândia-DF, na perspectiva dos gerentes locais.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar e compreender as práticas de cuidado aos idosos usuários das unidades básicas de saúde.
- Investigar como os gerentes compreendem e avaliam as práticas de cuidado existentes.
- Descrever a organização dos serviços de saúde para o cuidado ao idoso, segundo o preconizado pelo Sistema único de Saúde, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.
- Descrever a visão dos gerentes acerca da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa nos serviços de atenção primária em saúde, a partir das práticas executadas.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será apresentado o referencial teórico como base para o desenvolvimento da pesquisa, abordando os principais conceitos que norteiam os objetivos do trabalho nos seguintes eixos: Políticas Públicas de Saúde e a Atenção ao Idoso, Atenção Primária à Saúde e Práticas de Saúde no SUS.

3.1 Políticas Públicas de Saúde e a Atenção ao Idoso

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do SUS, por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90 BRASIL, 2010). O objetivo das políticas públicas de saúde é assegurar atenção à população como um todo, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde.

O sistema de saúde Brasileiro não se restringe apenas em prestações de serviços, ele é responsável pela coordenação de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2000) o SUS pode ser entendido como um núcleo comum, onde se concentram os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos. Os Princípios Doutrinários são:

- Universalização: a saúde é um direito de todos, é dever do Estado garantir este direito, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.
- Equidade: seu objetivo é diminuir as desigualdades. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, de acordo com a necessidade distinta de cada pessoa.
- Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, torna-se importante a integração de ações, onde se inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. A o mesmo tempo esse princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação

intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Os Princípios Organizativos tratam-se de formas de organizar o SUS por meio das seguintes diretrizes:

- Regionalização e Hierarquização: A regionalização é um processo de articulação entre os serviços já existentes, visando o comando unificado dos mesmos. A hierarquização realiza a divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.
- Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com o objetivo de prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e fiscalização por parte dos cidadãos. Cada esfera de governo tem autonomia na tomada de decisão.
- Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Por meio de Conselhos e Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Para o SUS se consolidar como um sistema universal, equânime e integral, que atenda às reais necessidades da população, faz-se necessário o acompanhamento do perfil epidemiológico e demográfico das localidades, para que o planejamento em saúde contemple ações de maior efetividade no público-alvo. Nessa perspectiva, a compreensão do impacto da transição epidemiológica e demográfica no sistema de saúde se faz preponderante, visto que o Brasil apresenta modificações importantes em sua estrutura etária e epidemiológica, ao longo das últimas décadas.

Os estudos mostram que a proporção de idosos na composição demográfica do Brasil aumentou nas últimas décadas, como resultado principalmente do declínio da fecundidade, levando a modificações importantes na pirâmide etária nacional e, conseqüentemente, ao envelhecimento da população (Ramos et al., 1987). Estima-se que a porcentagem de indivíduos na faixa etária de 60 anos ou mais que era de 5% em 1960, elevou-se para 8,6% em 2000, 10,9% em 2010 (IBGE, 2010) e passará para 14% em 2025, taxa semelhante às verificadas em países desenvolvidos (IBGE, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade que vivem em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em

países em desenvolvimento. Considerando o envelhecimento como um processo natural da vida a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível e não patológico de deterioração de um organismo maduro, de maneira que o tempo o torne menos capaz frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006 p.192).

O Brasil é hoje um país com importante crescimento da população idosa (VERAS et. al., 2007). Ele está no meio de uma profunda transformação socioeconômica guiada pela mudança demográfica. A mortalidade começou a cair, principalmente entre os mais jovens, por volta de 1940. A mortalidade infantil diminuiu de 135/1.000 para 20/1.000 entre 1950 e 2010, e a expectativa de vida ao nascer aumentou de cerca de 50 anos para 73 anos durante o mesmo intervalo de tempo. Com um crescimento anual de 3,4% comparados a 2,2% da população em geral, em 2010 os idosos já eram 19,6 milhões e representavam 10,2% da população. Nos próximos 40 anos, esse grupo crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano, comparada a 0,3% da população total. Como resultado, haverá 64 milhões de idosos em 2050, 29,7% da população total (GRAGNOLATI, 2011).

A crescente população idosa, com suas necessidades específicas e desafios, demandam uma revisão das instituições econômicas e sociais necessárias para a seguridade social e a provisão de serviços apropriados, como uma assistência de saúde adequada.

No século XXI, o maior desafio será o de cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos que, em sua maioria, apresenta nível socioeconômico e educacional desfavorável. Desta forma, faz-se necessária a adoção de medidas prioritárias de saúde e bem-estar desta população crescente por meio de ações concentradas de promoção de saúde (SOUSA et al., 2009).

Veras (2002) descreveu o impacto financeiro que um aumento tão significativo de idosos pode causar em uma sociedade que não está preparada para recebê-los, principalmente considerando a estrutura física e a resolubilidade dos serviços de saúde.

O autor exemplifica essa afirmação com dados de internação hospitalar: idosos consomem mais serviços de saúde (devido às doenças crônicas), suas taxas de internação são mais elevadas, quando comparadas a outros grupos etários, além do tempo médio de ocupação do leito ser igualmente superior.

Uma das razões para explicar essa situação seria a falta de serviços domiciliares e ambulatoriais, que não permitiriam ao idoso o tratamento de suas doenças no início, fazendo com que a primeira intervenção terapêutica seja realizada no leito hospitalar, quando as doenças já estão em estágios mais avançados. Desse modo, os idosos acabam consumindo mais recursos financeiros do setor saúde, sem significar que estejam recebendo atenção diferenciada ou de acordo com suas reais necessidades (SILVESTRE et al., 1998).

Essa maior demanda de recursos financeiros também pode ser observada no setor privado de saúde, dado que favorece o aumento no valor das prestações dos planos privados para os idosos, sendo uma argumentação bastante usada pelos gerentes das carteiras privadas para esses aumentos nas mensalidades. Entretanto, vale ressaltar que este acréscimo também pode ser atribuído ao aumento tecnológico da indústria de produtos e equipamentos médico hospitalares, em detrimento das ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças (VERAS, 2002). O uso desnecessário de tecnologia de ponta em procedimentos relativamente simples encareceriam todas as intervenções, independente da faixa etária considerada.

Com o crescente aumento do envelhecimento da população, em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, através da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96, que tem como finalidade assegurar direitos sociais, garantir a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade.

Posteriormente, em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) que determina que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

Segundo (MYATA et al., 2005) a PNSI estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa com ações de promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde, reabilitação da capacidade funcional comprometida e a capacitação de recursos humanos, além de contribuir no desenvolvimento de cuidados informais e a ampliação de estudos e pesquisas.

Com proposta da organização e implementação de redes estaduais de Assistência feita em 2002, estabeleceu-se condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (BRASIL, 2002). A assistência à saúde

não deve ser confundida com assistência às doenças (MORAES, 2012). A saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (RAMOS, 2002).

Uma das maiores conquistas sociais para a população idosa aconteceu em outubro de 2003, quando foi aprovado o Estatuto do Idoso, onde se amplia a garantia de novos direitos e prioridades em saúde.

Dados do Ministério da Saúde (MS) apontam que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada desse usuário por meio da demanda espontânea ou busca ativa, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2007). Sabe-se que pela falta de informação dos profissionais de saúde sobre o envelhecimento da população esse sistema torna-se falho.

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria Nº 2.528 em outubro de 2006 (BRASIL, 2006), tem como orientação o conceito que a saúde desse público não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis e prioriza a manutenção da capacidade funcional e diminuição dos níveis de fragilidade. Cada vez mais o tema envelhecimento vem sendo abordado, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. No Brasil, o envelhecimento da população é um fenômeno relativamente novo e os estudos sobre o tema não são numerosos (SOUSA et al., 2009). Conforme pode ser visto na portaria:

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006, p. 3).

O envelhecimento populacional traz à luz o debate sobre a criação de políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. O número de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira (COSTA et al., 2003).

Cada idoso se difere dos demais de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos, portanto,

faz-se necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que oferecem, conhecendo à realidade sociocultural em que estão inseridos esses idosos. Quando se compara o grupo de idosos com demais faixas etárias percebe-se que esse grupo é potencial consumidor dos serviços de saúde e de sua assistência, isso se deve pelo fato da grande carga de doenças crônicas e incapacitantes que são mais comuns nessa faixa etária (COSTA et. al., 2003). A política estabelece dois grandes eixos norteadores para a integralidade nas ações dos serviços de saúde: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

Como conceito, define-se que o idoso frágil apresenta alguma incapacidade funcional, que o impede realizar atividades básicas do cotidiano como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional, acidente vascular encefálico, síndromes demências e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais (BRASIL, 2006).

O idoso frágil deve ser considerado o alvo prioritário para criação de políticas públicas de saúde para os idosos, pois o seu estado de vulnerabilidade estimula maiores riscos de eventos adversos, como as quedas e lesões a dependência, a incapacidade, as doenças agudas, a lenta recuperação de doenças, a hospitalização, a institucionalização de longa permanência e a mortalidade elevada (LOURENÇO, 2008).

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou a caderneta de saúde da pessoa idosa que contém informações de saúde, tais como controle de peso, glicemia e medicação utilizada. Esta é uma forma de identificar possíveis situações de risco para o idoso.

Além da caderneta da pessoa idosa a Área Técnica da Saúde do Idoso vem desenvolvendo ações estratégicas com base nas diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e nas metas propostas no Pacto pela Vida de 2006. Essas são as

seguintes: Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Curso de Gestão em Envelhecimento, Oficinas Estaduais de Prevenção de Osteoporose, Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas, além de ações como: Acolhimento, Assistência Farmacêutica, Atenção Domiciliar, Imunização, Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS (BRASIL, 2010).

3.2 Redes de Atenção à Saúde

Segundo Mendes (2006) as redes de atenção à saúde podem ser organizadas por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si com foco nos mesmos objetivos que permite uma oferta de uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada.

As redes de atenção à saúde são constituídas por meio de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A população é o primeiro elemento das redes de atenção a saúde. Segundo Mendes (2010) o conhecimento da população deve ser estruturado sob a responsabilidade fundamental da atenção primária com o processo de territorialização, cadastramento das famílias, classificação das famílias por riscos sociossanitários, vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família, identificação de subpopulações com fatores de riscos, identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos e identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

O segundo elemento das redes de atenção a saúde é a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Essa se constitui por meio de cinco: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2010).

O terceiro elemento das redes de atenção a saúde são os modelos de atenção à saúde.

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a

população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Há modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas (MENDES, 2010 p.6).

Mendes (2010) afirma em seu estudo que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, satisfação do usuário, além de reduzir os custos em saúde. Esses resultados foram observados em diferentes situações de atenção a saúde, sendo que uma dessas linhas de cuidado está direcionada para a organização é a atenção a saúde da pessoa idosa. No seu estudo ele mostra que nos países estrangeiros como na Espanha o trabalho em redes melhorou a integração entre os gestores e prestadores de serviços, observando um impacto sobre os custos de atenção à saúde. Esse tema no Brasil ainda é recente, mas estudos tem mostrado uma semelhança do que ocorre nos países desenvolvidos, mostrando um impacto significativo nos níveis de saúde.

3.3 Atenção Primária à Saúde

A atenção Primária à Saúde (APS) é uma forma de organização dos serviços de saúde, que integra os aspectos do sistema de saúde com base nas necessidades da população.

A APS internacional se apresenta como uma estratégia de organização à saúde focando seus objetivos nas necessidades de saúde de uma população, integrando ações de promoção da saúde, as preventivas e também as curativas. Com a reforma sanitária, o SUS adota a designação de Atenção Básica a Saúde (ABS), com ênfase na reorientação do modelo assistencial, do sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é consequência da experiência de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica em saúde é um conjunto de ações de cunho individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde com enfoque na promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2006).

Segundo a PNAB (2012), no Brasil, a Atenção Básica acontece de forma descentralizada, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Tendo como base os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A promoção da Saúde é vista como um dos principais eixos da APS. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem um conceito ampliado de saúde, com foco na qualidade de vida, a equidade e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, busca também a autonomia e a corresponsabilidade da população no cuidado integral a saúde diminuindo as desigualdades sociais. Além disso, ela aponta para a mudança do modelo hospitalocêntrico, onde a atenção à saúde é vista de forma fragmentada e individualizada (BRASIL, 2007).

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, com foco na criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2007, p. 22).

A atenção primária à saúde tem sido uma boa estratégia de organização na busca de um serviço de saúde integral, equânime e de qualidade. Apesar disso, ela ainda se torna um desafio para os profissionais de saúde e comunidade, superando a visão do modelo biomédico e estabelecendo a visão da promoção e prevenção de saúde.

A portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com estratégias para estruturação da mesma para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, garantindo ao usuário um conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência. A RAS é definida como:

Um conjunto de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p. 27).

De acordo com a portaria 4.279, podemos caracterizar a RAS pela formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, focando nas necessidades de saúde da população, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. A RAS tem como objetivos a integração sistêmica de ações e serviços de forma contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, assim como desenvolver um melhor desempenho do Sistema em relação ao acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

A APS fundamenta-se como o primeiro nível de atenção à saúde, responsável pelos primeiros cuidados de problemas considerados mais comuns na saúde e posteriormente, coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção à saúde são os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Todos esses pontos de atenção são de extrema importância para se cumpra os objetivos da RAS.

Alguns fundamentos precisam ser considerados para assegurar resolutividade na rede de atenção como: a Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos. Economia de escala, qualidade e acesso esses são fatores fundamentais na organização da rede de atenção à saúde.

3.4 Práticas em Saúde

Em seu nascimento conceitual, a saúde é considerada como “ausência de doença”, o que para Albuquerque e Oliveira (2000), é uma definição não esclarecedora, de princípio redutor, que rege a percepção da doença e da saúde apenas como estado de desconforto físico, desconsiderando componentes emocionais e sociais que circundam o processo do adoecer.

Na organização dos serviços de saúde, o modelo biomédico e a medicina curativa sempre foram privilegiados. Com o crescimento do modelo biomédico surgiram técnicas e inovações médicas que reforçaram a valorização do conhecimento técnico científico, priorização da atuação intervencionista, da medicalização e da atenção fragmentada do indivíduo dada à formação profissional especializada e voltada para a cura do corpo físico (BORGES et al., 2009).

No Brasil, desde 1978 com a realização da Conferência de Alma-Ata (URSS) com resoluções sobre a atenção primária, iniciativas municipais e estaduais vêm ocorrendo, visando à incorporação das Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas de Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2006).

As Práticas Integrativas em Saúde (PIS) envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2012).

A PIS é uma estratégia terapêutica diferenciada, com uma visão ampliada, que valoriza o auto-cuidado e o uso de técnicas simples, seguras e baratas, se insere no modelo assistencial holístico, que trata do ser como um todo, e não em partes fragmentadas, estabelece o equilíbrio entre a ciência, tecnologia e a humanização, além da promoção da saúde que é o diferencial do tradicional modelo biomédico (PARANAGUÁ, 2009).

A PIS contempla os sistema médico complexo e recursos terapêuticos, que são denominados pela OMS de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). Esse sistema estimula os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde com ênfase na escuta acolhedora.

Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), onde são apresentadas as primeiras práticas alternativas a serem instaladas no SUS: a homeopatia, a medicina tradicional chinesa-acupuntura, a fitoterapia, o termalismo/crenoterapia, a medicina antroposófica.

Considerando o indivíduo na sua dimensão global, sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e de saúde, a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos têm demonstrado que tais abordagens contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, contribuindo assim para o aumento do exercício da cidadania. (BRASIL, 2006, p. 5).

A Portaria nº 3.228 (BRASIL, 2007) autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para incentivo à implementação da Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas à estratégia global (práticas corporais e atividade física).

De acordo com Barros (2013) o DF é uma das Unidades Federadas pioneiras na incorporação das PIS. Na rede pública de saúde do DF são ofertadas 15 modalidades de PIS, incluindo acupuntura, arteterapia, automassagem, dança sênior, meditação, musicoterapia, terapia comunitária, shantala, dentre outras. Dentre as práticas oferecidas as mais procuradas são acupuntura, automassagem e meditação.

A partir dos conceitos apresentados, vislumbra-se que a visão dos gerentes de serviços de saúde (públicos e privados) sobre as práticas de saúde com enfoque na população idosa torna-se preponderante para o entendimento da implementação local da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e de outras que a complementam.

Segundo Weigelt et al., (2012) os gestores locais devem estar implicados na execução das políticas públicas de saúde, respeitando as suas diretrizes, incentivando e garantido a participação da comunidade local na construção de uma gestão participativa.

4. METODOLOGIA

4.1 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS/DF, parecer nº 215.789 (Anexo I). O Comitê de Ética recomendou que preservássemos a confidencialidade dos sujeitos de pesquisa ao caracterizar a idade e o sexo dos sujeitos da pesquisa. Dessa forma, os gerentes serão identificados somente por letras, sem conexão alguma com seu nome real, e sem a indicação de qual unidade pertencem.

4.2 Tipo de Estudo

A pesquisa é de natureza descritiva, de abordagem quantitativa e qualitativa, e de caráter transversal. A pesquisa descritiva permite o estudo de uma realidade concreta e de uma situação prática, com o objetivo de descrever características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre determinadas variáveis (GIL, 2006).

4.3 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em Ceilândia/DF, região administrativa de maior população do Distrito Federal. Nela se concentra mais de 18% da população do DF, com população de 398.374 habitantes. Tem uma taxa de crescimento anual de 3,1% sendo que 64,3% concentram-se no grupo de 15 e 59 anos, responsável pela força de trabalho (CODEPLAN, 2010/2011).

Ceilândia surgiu a partir da Campanha de Erradicação de Invasões – CEI, em 1971, e hoje tem uma das menores rendas per capita da região, 20,2% da população da cidade possuem o segundo grau completo e 3,9 % concluiu o ensino superior (CODEPLAN, 2010/2011).

A Regional de Saúde Ceilândia possui, atualmente, um Hospital Regional, um Laboratório Regional e onze Centros de Saúde; um Posto de Saúde Urbano e um Posto de Saúde Rural.

Quadro 1: Centros de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia – DF

Centros de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia – DF
Centro de Saúde nº 02 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 03 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 04 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 05 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 06 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 07 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 08 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 09 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 10 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 11 da Ceilândia
Centro de Saúde nº 12 da Ceilândia

4.4 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da presente pesquisa foram os gerentes das Unidades Básicas de Saúde de Ceilândia/DF, no total de 11 entrevistados, convidados a participar da pesquisa, após apresentação e explanação detalhada do mesmo. Optou-se em entrevistar todos os gerentes

dos Centros de Saúde por compreender que essa estratégia ofereceria maior compreensão das práticas realizadas no âmbito da atenção primária da referida região administrativa.

4.5 Procedimentos

A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2013. Na ocasião da coleta, primeiramente, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do estudo (Anexo II) garantido um ambiente reservado, a fim de proporcionar privacidade e não constrangimento do entrevistado, conforme a Resolução 196/96 do código de ética em pesquisas.

O levantamento dos dados foi feito por meio de um questionário semi estruturado (Anexo III), composto de 21 questões, que abordam os seguintes aspectos:

- Perfil demográfico dos entrevistados.
- Formação profissional.
- Experiência em saúde do idoso.
- Práticas em saúde realizadas com enfoque na população idosa.
- Aspectos referentes às práticas e associadas à organização dos serviços, na perspectiva de saúde do idoso: acesso (quesito barreira geográfica), referência e contrarreferência, intersetorialidade, acolhimento, gestão participativa e participação da comunidade, sistemas de informação e avaliação em saúde.
- Conhecimentos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e sua implementação.

O questionário foi validado utilizando-se do trabalho de Araújo (2012) “Análise das práticas de cuidado ao idoso na Atenção Básica sob a perspectiva da Integralidade na cidade de João Pessoa/PB”, com adaptações seguindo os preceitos da Política Nacional da Pessoa Idosa.

A aplicação do questionário foi realizada pela pesquisadora, em visita agendada previamente, de acordo com as possibilidades do entrevistado após seu consentimento em participar da mesma. O tempo estimado para aplicação do mesmo foi de 30 minutos, exceto nos casos de impedimento do entrevistado por conta de tempo e/ou disponibilidade. Nesses casos, o questionário foi entregue e recolhido posteriormente.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram apresentados em duas perspectivas: a primeira, quantitativa e descritiva, terá como objetivo apresentar o perfil dos gerentes entrevistados e um panorama geral das práticas de saúde realizadas com enfoque na saúde do idoso nos Centros de Saúde de Ceilândia-DF. A segunda etapa terá como objetivo estabelecer categorias qualitativas do olhar do gerente sobre as práticas realizadas nos serviços de saúde, a partir de classes temáticas e categorias emergentes.

Para a descrição dos achados sobre o levantamento das práticas de saúde do idoso, utilizou-se a abordagem quantitativa prevista na estatística descritiva para elucidação dos achados numéricos, tais como, porcentagem, frequências simples para as variáveis discretas e médias e desvio padrão para as variáveis contínuas.

A análise qualitativa foi consolidada utilizando-se um programa de edição de texto, com transcrição das repostas de todos os sujeitos analisados de acordo com a questão elaborada e sistematizadas a partir de categorias emergentes, reconhecidas a partir do critério de maior reprodutibilidade dentre as entrevistas, ferramenta proposta pela análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (1979, p.48) pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens).

O processo de análise escolhido foi o proposto por Bardin (1979), sendo respeitadas as três seguintes etapas: pré-análise (leitura flutuante, constituição do Corpus, referenciação dos índices e elaboração de indicadores); exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A unidade de registro considerada foi a palavra, agrupada de acordo com a concordância (repetição exata da unidade nas diversas entrevistas) e/ou do aparecimento sistemático de unidades de maior aproximação semântica, a julgar pela perspectiva de dois juízes.

A partir desse processo, foram estabelecidas classes temáticas e categorias inerentes a cada uma, de acordo com o conteúdo apresentado pelos entrevistados.

5. RESULTADOS

Os resultados foram divididos em três subcapítulos, a saber: 1. Perfil dos entrevistados, 2. Levantamento das Práticas de Cuidado ao Idoso, Organização de Serviços, Políticas e Programas de Saúde e 3. A Perspectiva Gerencial em Relação às Práticas de Saúde do Idoso.

5.1 Perfil dos entrevistados

Foram entrevistados onze gerentes dos Centros de Saúde de Ceilândia/DF, todos localizados em zona urbana. A média de idade dos mesmos foi de 43,7 anos (DP= 8,2), sendo a sua maioria (91%) do sexo feminino. Em relação à formação profissional, a totalidade dos gerentes referiu ter nível superior, com formação na graduação concluída há mais de três anos. Dentre as formações observadas, constatou-se que cinco formaram-se em Medicina, três em Enfermagem e outros três não especificaram a área de formação. Três profissionais relataram ter algum curso em nível de pós-graduação, a saber: Metodologia e Didática do Ensino Superior, Saúde Pública e Gestão em Clínica. Não houve relatos de formação específica em saúde do idoso, geriatria ou gerontologia.

Quando questionados se os mesmos percebiam-se trabalhando com a saúde do idoso em seu cotidiano, nove gerentes responderam que sim, considerando essa atuação há menos de 6 meses (n=1), entre seis meses e um ano (n=1), entre um e três anos (n=2) e acima de três anos (n=3). Três gerentes não responderam esse questionamento.

5.2 Levantamento das Práticas de Cuidado ao Idoso, Políticas, Programas e Serviços de Saúde

5.2.1 Práticas, Políticas e Programas

Para o levantamento das práticas de cuidados ao idoso em Ceilândia, na visão dos gerentes, buscou-se a caracterização de quais práticas seriam realizadas pelos Centros de Saúde com enfoque específico no idoso, conforme ilustrado na Tabela 1:

TABELA 1 – Distribuição das práticas em saúde para o idoso realizadas em Centros de Saúde, na perspectiva do gerente, Ceilândia-DF, 2013.

<i>Prática</i>	<i>Frequência Absoluta</i> (<i>n</i>)	<i>Frequência Relativa</i> (%)
Práticas Integrativas/Automassagem	12	34,29
Grupos de diabéticos/hipertensos	4	11,43
Ginástica/atividade física	4	11,43
Consultas médicas	3	8,57
Priorização no atendimento	2	5,71
Curativo	2	5,71
Palestras educativas	2	5,71
Enc. para ambulat. especializado	1	2,86
Ident. seg. critério de fragilidade	1	2,86
Troca de sondas	1	2,86
Vacina	1	2,86
Consultas de enfermagem	1	2,86
Consultas odontológicas	1	2,86
TOTAL	35	100

Podemos classificar a tabela acima em três diferentes níveis que são relevantes para a compreensão das práticas, na abordagem segundo a história natural das doenças. O primeiro nível é o da prevenção primária, onde se cria um conjunto de ações, com objetivo de prevenir as doenças da população, como por exemplo, as ações de atividade física, automassagem e as palestras. No segundo momento temos a prevenção secundária com o foco em ações que visam identificar e corrigir o mais precocemente possível qualquer desvio da anormalidade com o objetivo de prevenir a prevalência da doença, como por exemplo, as vacinas, seguindo com a prevenção terciária que trata da prática assistencial, ou seja, a reabilitação do idoso com aspectos curativos (LEAVELLS; CLARCK, 1976). Vale ressaltar que nesse item os gerentes poderiam marcar mais de uma opção em suas respostas.

Quando questionados se as práticas realizadas nos Centros de Saúde atendem ao Preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, nove gerentes responderam que não, e atribuíram o não cumprimento das ações preconizadas à falta de recursos (n=4), ausência de rede de atenção consolidada e linhas de cuidado (n=1), dificuldades no atendimento domiciliar (n=1) e ausência de contrarreferência (n=1). Aos que relataram cumprir as prerrogativas da Política, um gerente destacou o trabalho de promoção do envelhecimento ativo e saudável com o trabalho de prevenção de quedas, combate à violência doméstica e programa de prevenção de agravos e condições crônicas.

Com relação aos programas que são realizados com enfoque à saúde do idoso em cada unidade de saúde, o programa que teve maior prevalência foi o de Diabéticos e Hipertensos, conforme ilustrado na Tabela 2:

TABELA 2 – Distribuição dos programas de saúde com enfoque na população idosa realizadas em Centros de Saúde, na perspectiva do gerente, Ceilândia-DF, 2013.

<i>Programa</i>	<i>Frequência Absoluta (n)</i>	<i>Frequência Relativa (%)</i>
Diabetes/ Hipertensos	6	35,29
Nenhum	2	11,76
Ginástica	2	11,76
Saúde da mulher	1	5,88
PACS	1	5,88
Tabagismo	1	5,88
Programa de assistência a saúde do idoso	1	5,88
Tuberculose	1	5,88
Ginecologia	1	5,88
Clinica médica (vagas)	1	5,88
Total	17	100

Na Tabela 2 podemos observar que um gerente considera a Ginecologia como um programa, de acordo a Regional de Saúde de Ceilândia nos CS a Ginecologia é considerada uma especialidade médica, assim como a clínica médica.

Os programas de saúde oferecidos pelos SUS na visão dos gerentes foram avaliados como bom (n=4), regular (n=3) e ruim (n=3). Dentre as causas apontadas para a classificação como regular e ruim, destaca-se: falta de recursos humanos (n=6), qualificação profissional insuficiente (n=2), dificuldades de acesso (n=1), despreparo dos serviços frente à transição demográfica (n=1). Dentre as justificativas para a avaliação positiva, está a possibilidade de matriciamento (n=1), acolhimento adequado (n=1), vislumbramento de melhorias futuras, com vinculação de maiores especialidades profissionais ao tratamento (n=1).

Em relação à implementação dos programas desempenhados nas unidades, especificamente, as dificuldades relatadas foram: falta de recursos humanos (n=7), falta de profissionais específicos para atuar em saúde do idoso (n=3), demanda reprimida (n=1) e dificuldades em implantar o atendimento prioritário (n=1).

Na tabela 3 temos a relação do desenvolvimento de projetos voltados para a população idosa nas unidades de saúde, 54, 55% dos centros de saúde ainda não desenvolvem projetos para esse grupo, 18,18% já realizam atividades, tais como a Escola de Avós - Projeto que ocorre mensalmente em Taguatinga (DF), no qual idosos recebem orientações em saúde com oficinas de queda e prevenção de agravos – e projeto de tratamento odontológico específico para diabéticos com 9,0%.

TABELA 3 – Distribuição dos projetos de saúde voltados para o idoso realizados em Centros de Saúde, na perspectiva do gerente, Ceilândia-DF, 2013.

<i>Projeto</i>	<i>Frequência Absoluta</i>	<i>Frequência Relativa</i>
	(n)	(%)
Não Há	6	54,55
Escola de Avós	2	18,18
Assistência à Saúde Bucal	1	9,09
Orientação em Saúde	1	9,09
Caderneta do Idoso	1	9,09
TOTAL	11	100

Com relação a ações de saúde voltadas para o cuidador de idosos nas unidades, apenas um gerente relatou que são dadas orientações por parte do Programa de agentes comunitários de saúde (PACS) no domicílio do cuidador, os demais (n=10) relataram não existirem ações específicas em sua unidade voltada para o cuidador de idoso.

Questionou-se para os gerentes, em sua percepção, quais seriam os profissionais que trabalham diretamente com a saúde do idoso nos Centros de Saúde, destacando-se, nas respostas o profissional Enfermeiro e o Odontólogo. Apenas um entrevistado relatou que todos os profissionais que atuam no serviço de saúde são responsáveis pelo atendimento do idoso, enquanto outro gerente relatou que não existe um profissional específico, já que a atenção à saúde do idoso é transversal na unidade (sala da vacina, hiperdia, sala de curativo, etc.), conforme ilustrado na Tabela 4.

TABELA 4 – Distribuição dos profissionais de saúde com atuação direta com a população idosa em Centros de Saúde, na perspectiva do gerente, Ceilândia-DF, 2013.

<i>Profissionais</i>	<i>Frequência Absoluta</i> (<i>n</i>)	<i>Frequência Relativa</i> (%)
Enfermeiro	8	21,62
Odontólogos	6	16,22
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem	5	13,51
Assistente Social	4	10,81
Médico	4	10,81
Agentes Comunitários de Saúde	3	8,11
Nutricionista	2	5,41
Educador Físico	1	2,7
Farmacêutico	1	2,7
Não há especificidade	2	5,41
Nenhum	1	2,7
TOTAL	37	100

5.2.2 Serviços - Acesso, Referência, Contrarreferência, Intersetorialidade, Integralidade e Controle Social

O acesso dos idosos aos serviços de saúde foi analisado segundo a perspectiva da ausência de barreira geográfica para o mesmo, segundo um dos elementos delimitados como dimensão do acesso em saúde pela Portaria 4279 (BRASIL, 2010). Frente a esse questionamento, as opções de respostas seriam: atendimento em domicílio, deslocamento com transporte particular, deslocamento até a unidade na ambulância e outros. Nove dos onze gestores entrevistados indicaram que o atendimento ocorre na residência do idoso, além dessa

opção optaram também pelo deslocamento com transporte particular por parte do idoso (n=4) e outros (n=3).

Perguntou-se aos gerentes a sua percepção quanto a referência e contrarreferência dos serviços de saúde do idoso. As estratégias citadas para a consolidação da referência foram citados: guia de consulta (n=4), encaminhamento à central de regulação (n=2) e prontuário eletrônico (n=1), não funciona(n=3), formulário padronizado SES-DF (n=1). A contrarreferência foi exemplificada através do retorno, com preenchimento da guia, em apenas um relato.

Nesse contexto foi perguntado aos gerentes quais variáveis eles acreditavam que interfeririam na qualidade de atenção a saúde do idoso, dados descritos na Tabela 5.

TABELA 5- Fatores influenciadores na qualidade da atenção à saúde oferecidas ao idoso, na visão dos gerentes, Ceilândia-DF, 2013.

<i>Fatores</i>	<i>Frequência Absoluta (n)</i>	<i>Frequência Relativa (%)</i>
Acolhimento	10	27,7
Apoio Familiar	10	27,7
Presença do médico	10	27,7
Renda	6	16,6
TOTAL	36	100

O estudo mostrou que os principais fatores que interferem na qualidade de atenção à saúde do idoso são o acolhimento, apoio familiar e a presença do médico no atendimento.

Posteriormente perguntou-se se os serviços de saúde oferecem respostas às necessidades dos idosos, com vistas à integralidade. Dez gerentes responderam que não, e as causas atribuídas foram descritas na Tabela 6:

TABELA 6 – Fatores atribuídos ao não atendimento das necessidades de saúde dos idosos pelos Centros de Saúde, na percepção dos gerentes, Ceilândia-DF, 2013.

<i>Fatores</i>	<i>Frequência Absoluta (n)</i>	<i>Frequência Relativa (%)</i>
Falta de recursos Humanos	6	37,5
Falta de recursos materiais	2	12,5
Falta de Programas voltados para a saúde do idoso	2	12,5
Acolhimento equivocado	1	6,25
Oferta de exames insuficientes	1	6,25
Sensibilização deficitária dos profissionais	1	6,25
Estruturação da rede	1	6,25
Serviços de reabilitação	1	6,25
Pouca atuação da ESF	1	6,25
TOTAL	16	100

Dentre os fatores atribuídos a não-resposta às necessidades de saúde dos idosos, com vistas a integralidade, segundo os gerentes a falta de Recursos Humanos foi o fator de maior relevância com frequência de 37,5 %.

Apenas um gerente afirmou que o serviço está preparado para essa demanda, pois há disponibilidade e acessibilidade aos profissionais de saúde na unidade de atendimento.

Em relação ao Conselho Municipal de Saúde do idoso e a participação da comunidade no mesmo, três gerentes reponderam que em suas unidades tem o Conselho Gestor e as demais unidades responderam que não tem o respectivo conselho, delimitando a ausência da participação da comunidade na formulação de políticas.

Em se tratando de parcerias dos centros de saúde com instituições que oferecem projetos e/ou ações com enfoque para os idosos, oito centros estabelecem parcerias com outras instituições. Dentre essas parcerias foram citadas a Universidade de Brasília (n=2), Corpo de Bombeiros, conjuntamente com o Hospital Regional da Ceilândia (HRC), através da Escola de avós (n=3) e Secretaria de Educação (n=2). Quatro Centros não tem nenhum tipo de parceria com outras instituições.

Como síntese dos pontos positivos e negativos dos serviços realizados pelos Centros de Saúde com enfoque na população idosa, os gerentes destacaram (TABELA 7):

TABELA 7 – Pontos positivos e negativos dos serviços realizados pelos Centros de Saúde para a população idosa, na visão dos gerentes, Ceilândia-DF, 2013.

Pontos	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Positivos		
Participação dos idosos nas atividades propostas nos CS e Casa de Avós.	5	38,4
Atendimento priorizado na marcação e atendimento de consultas.	4	30,7
Sensibilização por meio do Programa Nacional de Humanização.	2	15,3
Implantação do acolhimento com escuta qualificada.	2	15,3
TOTAL	13	100
Negativos		
Falta de equipe própria e especializada para cuidar e atender os idosos	3	42,8
Ausência de um programa estruturado direcionado para o idoso	2	28,5
Baixa Cobertura da ESF	1	14,2
Demanda reprimida	1	14,2
TOTAL	7	100

Na Tabela 7 podemos observar que, na visão dos gerentes, o ponto positivo de maior relevância foi a participação dos idosos nas atividades propostas tanto pelos Centros de Saúde quanto pela Escola de avós, com frequência de 38,4%. Nos pontos negativos, a falta de equipe própria e especializada para cuidar e atender os idosos foi o item de destaque com frequência de 42,8% em relação aos demais pontos levantados.

5.3 A Perspectiva Gerencial em Relação às Práticas de Saúde do Idoso

A análise dos questionários, na abordagem qualitativa, revelou, nos diferentes relatos dos onze gerentes entrevistados, um núcleo temático relacionado à carência dos mesmos para concretizar as práticas de saúde do idoso atualmente realizadas em Ceilândia, bem como de organizar os serviços para o atendimento à população idosa: o núcleo gerenciamento de recursos, relacionados às carências do mesmos, principalmente no que concerne aos recursos humanos, ponto crucial para a efetivação das ações.

O cuidado, concebido em seu conceito mais amplo, perpassando as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, emergiu como um fator diretamente relacionado a assistência recebida, com valorização do acesso a consultas, exames e assistência especializada, em detrimento das ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável, justificadas pela redução dos recursos humanos disponíveis, nos mais variados momentos da coleta. Apesar do levantamento de ações como a realização das atividades de automassagem, participação em projetos intersetoriais (escola de avós) e atividades de ginástica, descritas como práticas relacionadas à Promoção da Saúde, essas podem ser consideradas incipientes se considerarmos a magnitude das necessidades em saúde dos idosos e, principalmente, as diferentes frequências em que essas apareceram nos conteúdos das entrevistas.

De maneira ampla, a possibilidade de implementação de práticas afinadas com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a organização dos serviços para a concretização da mesma foi diretamente relacionada à necessidade de aumento dos recursos humanos e de necessidade de qualificação específica do quadro de servidores existente.

Dessa forma, o núcleo temático emergente, a partir da análise das entrevistas, em diferentes questões foi o Gerenciamento de Recursos. Nesse quesito, observou-se que o aspecto carência do mesmo foi a categoria notável, utilizada como descrição para as práticas e

justificativas para o fracasso ou êxito das mesmas. Como subcategorias, delimitou-se os itens recursos humanos - quantidade e recursos humanos - qualificação, conforme esquema descrito na Figura 1.

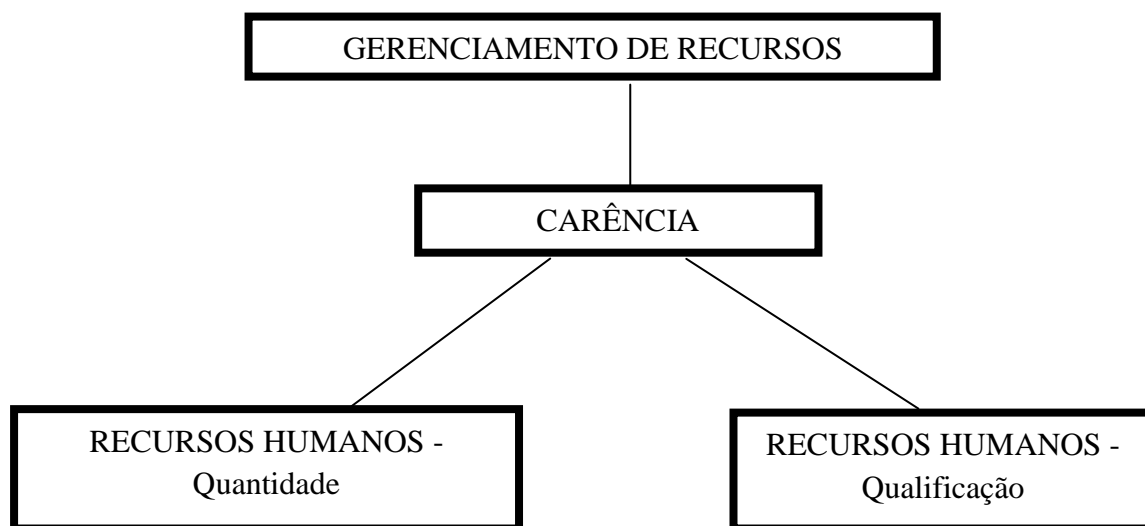


FIGURA 1 - Categorias e subcategorias extraídas das entrevistas dos gerentes, a partir do núcleo temático gerenciamento de recursos, Ceilândia-DF, 2013.

Os trechos selecionados para ilustração da categoria e subcategorias podem ser observados abaixo:

“A população envelhece a cada ano. Os serviços de saúde não têm organização nem servidores suficientes para atuar somente com esses grupos” - Gerente J. - **Categoria Carência, Subcategoria Recursos Humanos – Quantidade. Resposta a questão 15.**

“Por não possuímos insumos físicos e humanos suficientes para a implementação de programas específicos, não conseguimos fazer um trabalho diferenciado para o idoso.”
Gerente F. **Categoria Carência, Subcategoria Recursos Humanos – Quantidade. Resposta a questão 16.**

“Aqui, na minha unidade, tenho poucos médicos. Ainda estou tentando implantar ações para os idosos”. Gerente B. **Categoria Carência, Subcategoria Recursos Humanos – Quantidade. Resposta a questão 21.**

“Não temos servidores próprios para os idosos. Eles estão incluídos nos grupos de adultos. Quando vamos individualizar o cuidado?” Gerente L. **Categoria Carência, Subcategoria Recursos Humanos – Qualificação. Resposta à questão 16.**

“Não temos todos os recursos necessários para atender a Política. Os profissionais ainda estão sendo capacitados, entretanto o número de recursos humanos não atende às exigências do programa.” Gerente D. **Categoria Carência – ambas as subcategorias. Resposta à questão 17.**

6. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar as práticas de cuidado ao idoso realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde no distrito de Ceilândia-DF, na perspectiva dos gerentes locais.

A política nacional de atenção à pessoa idosa preconiza que o idoso tenha acesso às ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006). Por intermédio do estudo, foi possível observar que os CS's estão se articulando e oferecendo atividades de promoção de saúde, qualidade de vida e prevenção de agravos para a população idosa, entretanto, somente às ações de atividade física e automassagem.

Segundo Borges e Moreira (2009), a atividade física aparece como uma ferramenta que pode oferecer um acréscimo positivo na qualidade de vida dos idosos, onde as suas capacidades físicas são estimuladas e sua autonomia para desempenhar sem auxílio as tarefas diárias pode ser mantida por um tempo maior e com melhor qualidade.

Rocha (2010) afirmou que automassagem promove o bem-estar geral, o autoconhecimento, incentiva o autocuidado atuando na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. O paciente aprende sobre os principais pontos da massagem nos membros, suas localizações e funções, auxiliando nos tratamentos da hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, intestino, estômago, saúde mental, problemas na coluna e outros. Essa prática é indicada para pacientes que queiram ter uma melhor qualidade de vida, portadores de doenças crônicas ou agudas.

Na percepção dos gerentes, os fatores atribuídos ao não atendimento das necessidades de saúde dos idosos pelos CS de acordo com o que está preconizado na política, com vistas a integralidade, estão relacionados com a falta de Recursos Humanos. Este achado foi encontrado com frequência de 37,5 % e também confirmado na análise qualitativa.

Os gerentes entrevistados nessa pesquisa identificaram a insuficiência dos programas de saúde do idoso em suas unidades. Freitas *et. al.* (2006) corroboram com esse dado, afirmando que o SUS ainda não está preparado para atender as demandas da população idosa que cresce cada vez mais no país. Os programas de saúde voltados à saúde da pessoa idosa são limitados e os recursos humanos, capacitados nessa área, ainda escassos.

Na observação da distribuição dos programas de saúde com enfoque na população idosa realizadas em CS de Ceilândia, conforme Tabela 2, nota-se que os programas citados

são direcionados à população de forma mais ampla e os idosos estão incluídos, provavelmente por apresentar maior prevalência de condições crônicas a serem trabalhadas pelos programas e se configurarem como o público alvo de maior impacto epidemiológico. Porém, não há programas diferenciados e específicos para o idoso e nem para o cuidador. Um exemplo dessa observação é o caso do programa voltado para o acompanhamento de diabéticos e hipertensos, em que a maior parte dos usuários assistidos são idosos.

A Lei 10.741 (BRASIL, 2003), que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, afirma que a atenção a saúde do idoso tem que ser integral por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, devendo ocorrer no âmbito individual e coletivo. Nessa perspectiva, os serviços de saúde oferecidos nas UBS de Ceilândia, segundo a visão dos gerentes, atendem em parte o que está em consonância com a política.

Em relação a ações voltadas para o cuidador de idosos, apenas um centro de saúde descreveu práticas voltadas à essa população. Ao cuidador, muitas vezes, são atribuídas tarefas que não são feitas sob uma orientação adequada. Carente destas, a qualidade de vida do cuidador sofre um impacto. Cuidar de um idoso é uma tarefa intensa, visto que esta condição é imposta a uma pessoa que não possui apenas essa atividade e acaba conciliando-a com outros afazeres, como o cuidado com filhos, casa, trabalho e etc. Esse cuidador precisa de um suporte profissional para que não acarrete problemas para sua saúde. Torna-se relevante que se crie estratégias dentro dos serviços de saúde, que enxergue esse sujeito como um ícone importante no processo de cuidar com qualidade do idoso incapacitado, e do cuidador que se torna negligente com sua própria saúde. Seima e Lenardt (2011) afirmaram que o profissional de saúde deve ter um olhar adequado às necessidades do idoso e cuidador, e não oferecer cuidados prescritivos somente.

Com relação aos fatores influenciadores na qualidade da atenção à saúde oferecida ao idoso, os resultados demonstraram que os gerentes indicaram a necessidade de atuação interdisciplinar da equipe de saúde junto ao idoso, contribuindo para a adesão às condutas de manutenção e promoção da saúde. Em consonância com a opinião dos gerentes, que elegem a consulta médica e o acolhimento como itens fundamentais na atenção à saúde do idoso, Barqueiro e Oliveira (2000) afirmaram que o relacionamento interpessoal com paciente é

essencial na assistência a saúde. O relacionamento inadequado entre o profissional de saúde e o idoso pode levar ao abandono do tratamento, além de dificultar o acompanhamento da saúde feito pela equipe multiprofissional.

Além do fator consulta médica e acolhimento, aparece também o apoio familiar, que, segundo Costa e Nogueira (2000) seria importante pensar a inclusão dos familiares no programa de orientação do idoso para que a adesão ao tratamento seja apoiada e que, a qualquer momento, os familiares possam ser chamados para ajudar a resolver situações-problema. A família é um porto seguro de refúgio em momentos de vulnerabilidades e necessidades de ajuda e proteção e, neste caso, nas fragilidades apresentadas pelos idosos.

No presente estudo, o profissional enfermeiro e o odontólogo aparecem como ícones principais dos profissionais que lidam diretamente com a saúde do idoso nos CS. Em contraponto a esse achado, Araujo (2011) constatou que a figura principal do atendimento em saúde para o idoso é o médico. E vistas a esses estudos, Vianna et al., (2010) afirmaram que os pacientes idosos necessitam de atendimento de forma integral, levando-se em conta, além de suas queixas imediatas, também fatos e situações sociais, econômicos, familiares e emocionais, que não se encaixam no estrito espaço/tempo da consulta médica. Assim, com a participação de profissionais de outras áreas além da medicina, como farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, educadores físicos, odontólogos e assistentes sociais, e ainda com a ajuda da família do paciente, consegue-se prestar orientações e esclarecimentos sobre uso de medicamentos, dieta, trabalho, lazer, exercícios, sexualidade, tabagismo e alcoolismo – enfim, sobre situações que podem interferir na prevenção e/ou no tratamento das doenças prevalentes neste grupo etário.

Nas UBS em Ceilândia, segundo a percepção dos gerentes, os serviços de referência e contrarreferência são mecanismos ainda deficitários. A pesquisa revelou que embora exista um esforço em garantir essa articulação e comunicação entre os distintos níveis de atenção, os gerentes afirmaram que não há um trabalho em rede, apenas são referenciados os casos encaminhados às especialidades através das guias de consultas ou através do interesse do profissional via telefone.

Quanto ao acesso dos idosos aos serviços de saúde, a maioria dos gerentes entrevistados indicou que, em caso de dificuldades do idoso de chegar aos serviços, o atendimento ocorreria na própria residência ou através do deslocamento do mesmo através de transporte particular, atendendo, em partes, uma das dimensões do acesso – diminuição de

barreiras geográficas, fundamento da RAS proposto na Portaria 4279 (BRASIL, 2010). O acesso à unidade por transporte particular do próprio idoso pode se configurar como uma opção desse usuário ou indicar possíveis falhas na organização do transporte sanitário para o atendimento dessa população. Nessa perspectiva, a ampliação da ESF poderia colaborar para a amenização dessa situação, a partir do pressuposto que o cuidado realizado no domicílio poderia ser potencializado.

Segundo Witt (2009), o sistema de referência e contrarreferência constitui-se na articulação entre as unidades de nível primário, secundário e terciário, sendo que por referência compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior densidade tecnológica. Inversamente, a contrarreferência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade. Dessa forma os serviços de saúde são organizados garantindo ao usuário todos os níveis de atendimento/complexidade, assegurando a universalidade, equidade e igualdade que direcionam a atenção à saúde.

Em relação ao Conselho Municipal de Saúde do Idoso e a participação da comunidade a maioria dos gerentes relataram que em suas unidades de saúde não haveria o respectivo conselho, delimitando a ausência da participação da comunidade na formulação de políticas.

Segundo a Política Nacional da Pessoa Idosa, os Gestores teriam que fomentar à participação e fortalecimento do Controle Social, estimulando a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências, estimulando e implementando vínculo dos serviços de saúde com usuários, familiares e comunidade (BRASIL, 2006).

Em se tratando de parcerias dos centros de saúde com outras instituições que oferecem projetos e/ou ações com enfoque para os idosos, a maioria dos CS estabelecem parcerias com outras instituições, estabelecendo assim o que promulga a Política Nacional da Pessoa Idosa com relação a prática da intersetorialidade. Esta pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade (BRASIL, 2006).

Em resposta aos pontos positivos encontrados na assistência ao idoso nas UBS de Ceilândia, várias estratégias foram mencionadas pelos gerentes, inclusive a participação ativa dos idosos em serviços realizados nos CS e em outras organizações em que há parceria com a

UBS e a prioridade nos atendimentos. Dando destaque à Lei nº 10.741, Art. 3º que dispõe da garantia de atendimento ao idoso no atendimento preferencial e imediato nos órgãos públicos e privados prestadores de serviços a população, percebe-se que esse ponto foi citado de maneira pontual no discursos dos gerentes.

Nos pontos críticos, o principal ícone apontado pelos gerentes foi a falta de equipe própria e especializada para cuidar e atender os idosos. Essa questão pode ser discutida em vários momentos durante a aplicação do questionário e a análise dos dados. O Art. 15 do estatuto do idoso concerne a atenção integral à saúde do idoso com direito a profissionais especializados nas áreas de geriatria e gerontologia. Além disso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa concerne atenção integral de forma estruturada nos moldes de uma linha de cuidado, baseado nos seus direitos, necessidades e preferências, assim como facilitando o seu acesso em todos os níveis de atenção, provindos de condições essenciais como infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado, além do desenvolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com abordagens multiprofissional (BRASIL, 2006).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de saúde oferecem ações de promoção de saúde para a população, mas precisam ser criadas práticas de atividades físicas além das existentes, tais como, esportes, danças, exercícios ou atividades de estímulo à convivência social, não importando a modalidade, pois todas trazem, de alguma forma, benefícios à saúde. Essas práticas precisam ser criadas com foco na saúde do idoso.

Quanto aos programas de saúde percebe-se que a visão do gerente, em sua maioria, ainda está voltada para a prática curativa e não a preventiva e nem a voltada à promoção da saúde. Os programas de saúde estão todos ligados ao modelo de atenção biomédico, com exceção da ginástica e automassagem.

Os serviços de saúde precisam trabalhar e fortalecer aspectos influenciadores na qualidade do serviço prestado a esse idoso, além apoiar e oferecer condições de cuidado para os idosos considerados frágeis e seu cuidador.

Os serviços de referência e contrarreferência ainda são desafios a serem superados, pois precisam ser construídos e implantados na Ceilândia e em todo o DF, segundo os preceitos da Portaria 4279/2010. Essa organização em redes tende a beneficiar o fluxo assistencial do usuário. Nos serviços de referência o usuário saberia onde procurar cada serviço que o SUS oferece nas UBS, na contrarreferência o acompanhamento do paciente poderia ser feito de forma contínua sem prejudicar a assistência à saúde, principalmente a assistência ao idoso que pode ter a saúde fragilizada, respeitando os cursos inerentes à cada linha de cuidado.

Em relação a intersetorialidade, percebe-se que a adesão dos CS ainda é incipiente. Podemos observar que apenas dois CS trabalham com enfoque na prevenção de quedas, como prevê a política. Esse trabalho é feito por meio das oficinas oferecidas pela escola de Avós. Como solução imediata, os gerentes dos CS deveriam ampliar esse serviço na rede de saúde estabelecendo articulação permanente com outras instituições que trabalham com esse enfoque.

Os resultados apontaram que as práticas de cuidado ao idoso ofertadas nas UBS, na perspectiva dos gerentes de Ceilândia, ainda são poucas em relação à demanda crescente de idosos. É competência do profissional de Saúde Coletiva, juntamente com esses gerentes das

unidades de saúde, fomentar estratégias no tocante à saúde do idoso, com vistas ao princípio da integralidade em saúde.

Espera-se que outras pesquisas sejam realizadas nesta temática, visando apresentar soluções que priorizem a criação de políticas públicas voltadas para a população idosa em Ceilândia/DF e que respondam aos questionamentos que essa pesquisa não conseguiu responder, tais como: quem são os idosos que fazem parte desse programa de práticas integrativas? São pessoas que já vem de outros programas dentro da UBS ou usuários da comunidade? A política de práticas integrativas não prevê que essas práticas em saúde sejam direcionadas somente para pessoas idosas, mas sim para a população em geral, porque os gerentes das UBS correlacionam tanto essas práticas com os idosos?

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, J. T. de; COSTA, L. F.A. da. **Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica**. São Paulo, v.19, n.3, 2010.

ARAUJO, V.R. et. al. **Envelhecimento saudável: utilização da terapia comunitária como prática de cuidado**. In: SENABS, 2009, Recife. Anais eletrônicos. Recife: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/trabalhos.htm. Acesso em: 09 Out. 2010.

ASSIS, M. de; HARTZ, Z. M. A. H; Valla, V. V. **Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002**. Ciênc. saúde coletiva, vol.9, n.3, p. 557-581, 2004.

ASSIS, M. de. **Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos**. Série Livros Eletrônicos, 146 p. Rio de Janeiro, 2002.

BAQUEIRO, M. B.; OLIVEIRA, C.. **O ensino de geriatria e gerontologia na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**. Revista Nursing, n. 22, ano 3, p. 17-20, 2000.

BRATMAN, S. **Guia prático da Medicina Alternativa. Uma avaliação realista dos métodos de cura**. Rio de Janeiro, Campus, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS) princípios e conquistas**. Brasília, 2000.

_____. **Portaria n.º 2528, de 19 de Outubro de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010.

_____. **Portaria n.º 4279, de 30 de Dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Ltda, 2011. 279 p.

BARROS, A. **Práticas Integrativas ajudam no tratamento de doenças**. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/2551-pr%C3%A1ticas-integrativas-em-sa%C3%BAde-cuidado-integral-%C3%A0-popula%C3%A7%C3%A3o.html>. Acesso em: 05 jul.2012.

BORGES, M. R; LÉLIA, M, M; VIVIAN, G. O. A.;. **As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no hospital sofia Feldman, remE – Rev. Min. Enferm.**;15(1): 105-113, 2011.

CODEPLAN- **Companhia de Planejamento do Distrito Federal**. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/>. Acesso em: 02 jul.2012.

COSTA, M,F,L; VERAS, R. **Saúde Pública e Envelhecimento**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, 2003.

DIAS, V. A. **REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência**, 2012. In: ORTIGA, A M. B. Estrutura e Dinâmica das Unidades de Saúde. Mimeo, 2006.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAGNOLATI, M. et al. Banco Mundial. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Imprensa Brasil. 2011.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 30 de jan. 2013.

JUNIOR, E.D.A. **Envelhecimento e vida saudável**. Disponível em: <http://www.esporte.gov.br/arquivos/sndel/esporteLazer/cedes/envelhecimentoVidaSaudavel.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2013.

LEAVELL, S. & CLARCK, E.G. (1976). **Medicina Preventiva**. SP: McGraw-Hill.

LOURENÇO, R, L. **A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos**. Rev. do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2008.

MENDES, E.V.**As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E.V . **As redes de atenção à saúde**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, p. 2297-2305.

MATTA, G. C; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária a Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>.

MIYATA, D.F.; VAGETTI, G.C.; FANHANI, H.R.; PEREIRA, J.G.; ANDRADE, O.G. **Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional**. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v 9, n2, p.135-140, 2005.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2012.

PARANAGUÁ, T. T. B.; ANA LÚCIA, Q. B.; MARCOS, A. S.; KARINA, M. S. **As práticas integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde**. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 75-80, 2009.

PORTAL DA SAÚDE. **Práticas Integrativas e Completas**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php. Acesso em: 22 jun.2013.

RAMOS, LR; Veras RP, Kalache A. **Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira**. Rev Saúde Pública. São Paulo, v.3 n. 3, p. 217- 220,1987.

ROCHA, D.S da S. **A automassagem como instrumento de humanização e inclusão social**. Disponível em: http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/AUTOMASSAGEM-COMO_INSTRUMENTO.pdf. Acesso em: 19 jun. 2013.

SEIMA, MD; LENARDT, MH. **A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 388 - 398, ago./dez. 2011.

SILVA, K.A.;VIANA,H.A; PAULINO, L.R.S.R. **Perspectivas, reflexões e desafios dos modelos biomédico e biopsicossocial em psicologia**. Disponível em:

SILVESTRE, J. A.; COSTA N., M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.839-847, 2003.

SOUSA, M. da G. C. de and RUSSO, I. C. P. **Audição e percepção da perda auditiva em idosos**. Rev. soc. bras. fonoaudiol, vol.14, n.2, p. 241-246, 2009.

VEDRUSCOLO, R.; PRISCILA, P.E. **Um estudo dos programas públicos para idosos de alguns municípios Paranaenses: A atividade física, esportiva e de lazer em foco**. Goiânia, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2011.

VERAS, RP; MATTOS, Leila Couto. **Audiologia do envelhecimento:revisão da literatura e perspectivas atuais**. Rev. Bras. Otorrinolaringol, São Paulo, v.73, n.1, p. 128-134, 2007.

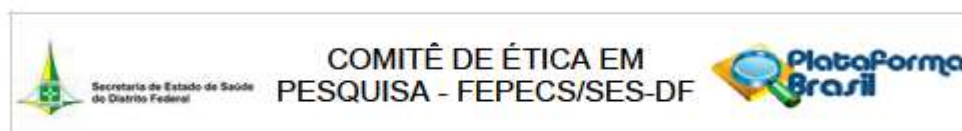
VERAS, R.P. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.43, n.3, p. 548-554, 2009.

WEIGELT, L D, Mancio J.G, Petry E.L.S. **Indicadores de Saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª coordenadoria Regional de Saúde– RS**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.36, p.191-205, 2012.

WITT, R.R. **Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária**. Rev.Gaúcha Enf., v. 13, n.1, p. 19-23, 1992.

9. ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das Práticas de Cuidado ao Idoso em Serviços de Atenção Primária em Saúde - Ceilândia/DF

Pesquisador: Mariana Sodario Cruz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13124113.3.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 215.798

Data da Relatoria: 11/03/2013

Apresentação do Projeto:

O principal objetivo deste estudo é mapear e compreender as práticas de cuidado ao idoso realizadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde no distrito de Ceilândia-DF, na perspectiva dos gestores locais. Será aplicado um questionário que abordará os seguintes aspectos: Perfil demográfico dos entrevistados, formação profissional, experiência em saúde do idoso, conhecimentos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e sua implementação, práticas em saúde realizadas com enfoque na população idosa, aspectos referentes à organização dos serviços, na perspectiva do idoso: referência e contra-referência, intersetorialidade, acolhimento, gestão participativa e participação da comunidade, sistemas de informação e avaliação em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Mapear e compreender as práticas de cuidado ao idoso realizadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde no distrito de Ceilândia-DF, na perspectiva dos gestores locais.

Objetivo Secundário:

- 1- Identificar e mapear as práticas de cuidado aos idosos usuários das unidades básicas de saúde.
- 2- Investigar como os gestores compreendem e avaliam as práticas de cuidado existentes.
- 3- Compreender organização dos serviços de saúde para o cuidado ao idoso, segundo o preconizado pelo Sistema Único de Saúde, na visão dos gestores.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

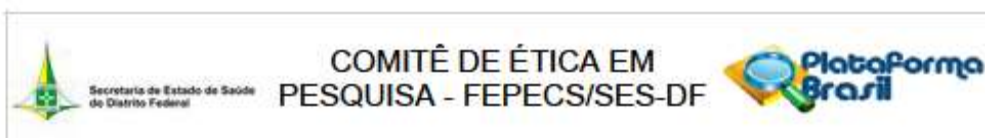
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br



4- Compreender a visão dos gestores acerca da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) nos serviços de atenção primária em saúde, a partir das práticas executadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios da presente pesquisa superam os riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um questionário semi-estruturado que será feito a 12 gestores dos centros de atendimento aos idosos. O pesquisador observa, corretamente, que pode ocorrer, eventualmente, constrangimento dos sujeitos da pesquisa, e caracterizou um risco eventual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE apresentado

Número e sujeitos da pesquisa identificados

Folha de rosto apresentada

Termo de concordância apresentado

Recomendações:

Recomendados que o pesquisador preserve a confidencialidade dos sujeitos de pesquisa ao caracterizar a idade e o sexo do gestor/sujeito da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 11 de Março de 2013

Assinador por:
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Saúde Coletiva

Título do projeto de pesquisa: Análise das Práticas de Cuidado ao Idoso em Serviços de Atenção Primária à Saúde - Ceilândia/DF.

Orientador: Profa Dra Mariana Sodario Cruz

Estudante responsável: Giovanna de Sousa Silva

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (o) a participar da pesquisa: “Análise das Práticas de Cuidado ao Idoso em Serviços de Atenção Primária à Saúde - Ceilândia/DF”.

Trata-se de um projeto de trabalho de conclusão de curso, conduzido por mim, Giovanna de Sousa Silva, estudante do curso Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

O objetivo é Mapear e compreender as práticas de cuidado ao idoso realizadas no âmbito da Atenção Primária em Saúde no distrito de Ceilândia-DF, na perspectiva dos gestores locais.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder no seu local de trabalho na data combinada com tempo estimado de cerca de 30 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para responder ao questionário, sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer uma das questões que lhe tragam constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília/ Faculdade Ceilândia podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, ou desejar entrar em contato com a pesquisadora utilize o e-mail:giu.unb@hotmail.com ou ligue para (61) 91517901. Poderá também entrar em contato com o orientador da pesquisa pelo telefone (61) 83436402 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS (telefone: 33254955 ou e-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br). Sua assinatura abaixo significa que você leu este consentimento, esclareceu suas dúvidas e concordou em participar nos termos indicados.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Agradecemos por seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de 2012.

(1ª Via – sujeito da pesquisa)

(2ª Via – pesquisador)

ANEXO 3**QUESTIONÁRIO****Análise das Práticas de Cuidado ao Idoso em Serviços de Atenção Primária à Saúde
Ceilandia/DF**

1. Qual a sua idade? _____.

2. Sexo: ☐ feminino ☐ Masculino

3. Qual a sua formação profissional?

☐ Profissionalizante ☐ Técnico ☐ Superior ☐ Pós-graduação

Qual: _____

4. Há quanto tempo se formou?

☐ Neste ano ☐ Entre 1 e 3 anos ☐ Mais de 3 anos

5. Tem alguma pós-graduação em saúde do idoso?

☐ Sim ☐ Não

6. Há quanto tempo você trabalha com a saúde do idoso?

☐ < 6 meses ☐ Entre 6 meses e 1 ano ☐ Entre 1 e 3 anos ☐ > 3 anos

7. Quais práticas relacionadas à saúde do idoso são realizadas por este serviço?

8. Quais programas são realizados com enfoque à saúde do idoso nessa unidade?

9. Há projetos voltados para essa população em andamento? Se sim, quais?

10. Quais profissionais trabalham diretamente com a saúde do idoso nessa unidade?

11. Existe alguma ação voltada para o cuidador de idosos nessa unidade?

12. Como ocorre o atendimento ao idoso com dificuldade de acesso as unidades?

() Atendimento em domicilio () Deslocamento com transporte particular

() Deslocamento até a unidade na ambulância. Outros ()

13. Como funciona a referencia e a contra-referencia dos serviços de saúde?

14. Quais as variáveis que interferem na qualidade de atenção a saúde do idoso?

() Renda () Base familiar () Acolhimento dos serviços

() Presença do médico na equipe de saúde () Outras. Qual: _____

15. Como você avalia os programas oferecidos pelo SUS, no tocante a saúde do idoso?

() Ruim () Regular () Bom () muito bom

Por que?

16. E em sua unidade?

17. Você acredita que as práticas realizadas nessa unidade atendem ao preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa? Se sim, quais aspectos? Se não, quais as ações/estratégias poderiam viabilizá-la?

18. Você avalia que o serviço de saúde, como um todo, oferece respostas às necessidades de saúde dos idosos?

() Sim () Não

Em caso negativo, que ações deveriam ser desenvolvidas?

Em caso positivo, quais os determinantes para esse sucesso?

19. Existe atuação do Conselho Municipal de Saúde Do idoso nessa Unidade? Como se dá a participação popular?

20. Há parcerias com outras instituições para realização de práticas voltadas ao idoso? Quais são essas práticas e quais instituições?

21. Sintetizando, podemos dizer que os pontos positivos e os negativos nesse serviço, em relação à Saúde do idoso, são:

Obrigada pela sua colaboração!